

**DETERMINAR CUAL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE
ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PARTE DE
LOS COLABORADORES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL DE
MEDIANA COMPLEJIDAD AMBULATORIA SIN INTERNACIÓN ESPAM-CÚCUTA**

**LUIS ALBERTO DIAZ PEREZ
SANDY JULIETH TRUJILLO CARRILLO
LORENA ALEJANDRA CONTRERAS MOJICA
LEONARDO FABIO GARCIA SEPULVEDA**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CÚCUTA 2019.**

DETERMINAR CUAL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS COLABORADORES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD AMBULATORIA SIN INTERNACIÓN ESPAM-CÚCUTA

**LUIS ALBERTO DIAZ PEREZ
SANDY JULIETH TRUJILLO CARRILLO
LORENA ALEJANDRA CONTRERAS MOJICA
LEONARDO FABIO GARCIA SEPULVEDA**

**Proyecto de grado como requisito para obtener el título de la Especialización
Administración en Salud.**

ASESOR

PROFESOR RICHARD NELSON ROMAN

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CÚCUTA 2019.**

DETERMINAR CUAL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS COLABORADORES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD AMBULATORIA SIN INTERNACIÓN ESPAM-CÚCUTA.

CONTENIDO

LISTA DE ILUSTRACIONES	5
LISTA DE TABLAS	5
1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	6
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	7
3. ANTECEDENTES.	9
4. SUPUESTO TEÓRICO.	16
5. JUSTIFICACIÓN.	17
6. OBJETIVOS.	18
6.1 OBJETIVO GENERAL.	18
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	18
7. MARCO TEÓRICO.	19
7.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL.	19
7.2 REFERENTE TEÓRICO.	28
8. DISEÑO METODOLÓGICO.	35
8.1 ENFOQUE.	35
8.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.	35
8.3 POBLACIÓN.	35
8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	35
8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	35
8.6 MUESTRA	35
8.7 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	36
9. ASPECTOS ÉTICOS.	37
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	38
11. RESULTADOS Y ANÁLISIS.	41
11.1 RESULTADOS DE LA LISTA DE CHEQUEO REALIZADA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL ESPAM-CUCUTA.	41
11.2 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS COLABORADORES DEL ESPAM-CUCUTA.	42
12. CONCLUSIONES.	47
13. RECOMENDACIONES.	48
14. GLOSARIO.	49

15. BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXO 1.....	53
ANEXO 2.....	57

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Jefatura área de sanidad. Tomado de: plan estratégico policía nacional.....	19
Ilustración 2 Área de sanidad. Tomado de: Resolución 3523 2009.....	19
Ilustración 3Resultados de lista de chequeo.....	41
Ilustración 4Resultados de encuesta variables 1 a 8.....	43
Ilustración 5Resultados de encuesta variables 9 a 11.....	44
Ilustración 6Resultados de la encuesta variable 12.....	45

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Resultados de lista de chequeo	41
Tabla 2 Resultados de encuesta variables 1 a 8.....	43
Tabla 3Resultados de encuesta variables 9 a 11.....	44
Tabla 4Resultados de la encuesta variable 12.....	44
Tabla 5Numero de Eventos adversos Cuarto trimestre 2018.....	45

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el nivel conocimiento y grado de adherencia a la política de seguridad del paciente por parte de los colaboradores del Establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-CUCUTA?

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La organización mundial de salud en el 2004 creó el programa de seguridad del paciente e invitó a los países miembros a implementarlo para evitar eventos adversos prevenibles y mejorar la calidad en atención sanitaria. En los países desarrollados uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño producto de la atención hospitalaria, puede reducirse la frecuencia de estos eventos adversos hasta en un 50% con la implementación de medidas sencillas. Los estudios sobre seguridad muestran que los países pierden por año hasta 19.000 dólares prolongarse la estancia hospitalaria, infecciones hospitalarias, demandas, discapacidades, aumento de los costos. En Estados Unidos para 2004 se realizó la encuesta por la agencia para el mejoramiento de la calidad de atención en salud el 55% respondieron que se sentían insatisfechos con la atención en salud. Para el 2009 la misma encuesta dice que de cada 7 pacientes hospitalizados presenta 1 o más eventos adversos y miles desarrollan cada año infecciones intrahospitalarias. En Latinoamérica el problema de seguridad del paciente fue estudiado por IBEAS 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufren al menos un daño durante la estancia. AMBEAS realizó estudio de prevalencia de eventos adversos en las atenciones ambulatorias donde la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6% y el 73.3% se relaciona con medicamentos. El estudio de IBEAS en Colombia demostró que la prevalencia de eventos adversos es del 13,1%, el 27,3% en menores de 15 años y el 27% durante la realización de un procedimiento estos estudios hechos en instituciones de salud acreditadas.¹

Colombia por ser un estado miembro de la OMS implementó estrategias para la seguridad del paciente en las prácticas clínicas y mejorar la calidad de atención en todas las IPS para minimizar riesgos, prevención de daños, lesiones o discapacidades y tomar acciones correctivas para llevar a la mejora continua. Con la Política de Seguridad del paciente es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, su principal objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente. La resolución 2003 de 2014 la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros. El objetivo de la Política de Seguridad del

¹ Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0

Paciente es prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

La Policía Nacional es una institución perteneciente al Ministerio de Defensa Nacional y su régimen especial lo exceptúa de algunas obligaciones que se aplica a todo el estado incluidos en temas de salud, pero a pesar de tener esta exceptuación desde su nivel gerencial se da aplicabilidad de la normatividad en su subsistema de salud para la policía nacional resolución 03523 del 2009 por la cual se definen la estructura orgánica interna y se determinan las funciones de la dirección de sanidad de la Policía Nacional y mediante el instructivo 009 política de seguridad del paciente se ordena la aplicabilidad en todas unidades de sanidad policial hospital central, Establecimiento de salud policial ambulatoria con internación de mediana complejidad, Establecimiento de salud policial ambulatoria sin internación de mediana complejidad Establecimiento de salud policial de baja complejidad y unidades satélites de sanidad policial en todo el país.

En el departamento de Norte de Santander municipio de Cúcuta se encuentra el Establecimiento de salud policial ambulatoria sin internación de mediana complejidad ESPAM-CUCUTA la cual presta servicios de segundo nivel a los beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional en la región, y cuenta con personal que de acuerdo a su perfil labora en la unidad, por tal razón es de un gran interés saber si los profesionales que prestan sus servicios conocen la política de seguridad del paciente y si se adhieren a las guías y protocolos de cada servicio de atención, además los eventos adversos reportados se implementen los planes de mejora y no vuelvan a ocurrir.

3. ANTECEDENTES.

ARTICULOS	
1	
Titulo	Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia
Autores	Gómez Olga, Arenas Wendy, González Lizeth, Garzón Jennifer, Mateus Erika , Soto Amparo
Año país	2011 Colombia.
Objetivo general	Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009.
Conclusiones	<p>Las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>La comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.</p> <p>Para citar del articulo</p> <p>Para el sistema Nacional de Salud del Reino Unido, este despliegue parte de “la conciencia de que las cosas pueden ir mal,” y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja. La “cultura de seguridad del paciente”, además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas.</p>
Citación	Gómez O., Arenas W., González L., Garzón J., Mateus E. , Soto A. 2011. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería XVII (3): 97-111, 2011ISSN 0717-2079
2	
Titulo	Seguridad del paciente y calidad asistencial
Autores	Aranaz J.M., y Moya C.
Año país	2011, España
Objetivo general	Revisión de la seguridad del paciente y la calidad asistencial

Conclusiones	<p>La formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura.</p> <p>Para citar La seguridad del paciente es un elemento prioritario de las organizaciones sanitarias, con especial interés para la comunidad científica y gran impacto en la comunidad, pero que debe contar con el compromiso de los profesionales para conseguir los cambios que se esperan en la práctica clínica</p>
Citación	Aranaz J.M., y Moya C. 2011 Seguridad del paciente y calidad asistencial. Revista Calidad Asistencial. 2011; 26(6):331---332. Publicado por Elsevier España
3	
Titulo	Eficacia de los programas de seguridad del paciente
Autores	Estepa Miriam, Moyano María, Pérez Carolina, Montero Rodolfo
Año país	2016 España
Objetivo general	Conocer la producción bibliográfica existente sobre la aplicación de programas o medidas en materia de seguridad del paciente.
Conclusiones	<p>Existen múltiples programas de seguridad, diseñados y adaptados para cada institución, en cambio son escasos los estudios que se llevan a cabo para evaluar la eficacia de estas estrategias una vez establecidas.</p> <p>Finalmente indicar que es imprescindible la implicación de los profesionales sanitarios y muy especialmente los de enfermería, pues son ellos los que más contacto directo tienen con los pacientes.</p> <p>Para citar La seguridad del paciente (SP) constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes</p> <p>En conclusión, el hecho de implantar un programa de SP supone implícitamente una herramienta de mejora, aunque son escasos los estudios que se encargan de evaluar la eficacia de cada programa; los programas de SP que se evalúan más frecuentemente son: LV, HM, BZ, IP, EM y prevención de caídas. Los programas de LV muestran evidentes mejoras en la disminución de complicaciones y reducción de las tasas de mortalidad de los pacientes quirúrgicos. La HM está muy extendida a nivel mundial y cuando se evalúa tiene altos niveles de cumplimiento.</p>

	El proyecto BZ ha mostrado su efectividad, evidenciando una disminución de las infecciones relacionadas con el catéter venoso central en todos los estudios. La pulsera identificativa se muestra como el método ideal para prevenir EA derivados de la asistencia sanitaria por mala IP, si bien necesita la implicación de los profesionales para que esta medida sea efectiva. Hay escasa evidencia científica sobre los resultados de los programas de prevención de caídas y EM.
Citación	Estepa M., Moyano M., Pérez C., Montero R. 2016 Eficacia de los programas de seguridad del paciente. <i>Enferm Nefrol</i> 2016; Enero-Marzo: 19 (1) 63/75
4	
Título	Error médico y eventos adversos
Autores	Mena, Patricia.
Año País	2008, Chile.
Objetivo general	Revisar la literatura en relación a la actitud y la percepción del equipo de salud y los pacientes en relación a error médico y eventos adversos en sistemas de salud, especialmente en el contexto hospitalario de los sistemas públicos de salud.
Conclusiones	Aprovechar los errores como una fuente de aprendizaje y cambio permite mantener una mejoría continua en la calidad de la atención. Para citar El equipo de salud debe ir entendiendo la importancia de informar sin ser penalizado por ello. La creación de un ambiente protegido, libre de culpas, que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos serios permitirá tener una valiosa información para el trabajo preventivo.
Citación	Mena, P. 2008. Error médico y eventos adversos. <i>Revista Chilena Pediatría</i> Mayo- Junio 2008; 79 (3): 319-326
5	
Título	Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería
Autores	Martínez Ángel, Hueso César, Gálvez María
Año País	2010 España.
Objetivo general	Conocer las barreras y oportunidades que los profesionales de enfermería detectan en su práctica clínica para el pleno desarrollo de la cultura de la seguridad del paciente e identificar posibles líneas de investigación futuras
Conclusiones	Existe la necesidad de trabajar para mejorar la seguridad y que la enfermería debe asumir ese liderazgo. Para citar Para una gestión operativa del cambio en seguridad es preciso

	un análisis más completo del entorno local. Es en el ámbito clínico donde la identificación de las barreras y fortalezas va a señalar el camino a seguir, contribuyendo a expandir la cultura profesional en seguridad.
Citación	Martínez Á., Hueso C., Gálvez M. 2010. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Revista Latino-Americana Enfermagem. May-jun 18 (3) Pg 42-49
6	
Titulo	Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil
Autores	Carvalho R, Arruda L, Nascimento N, Sampaio R, Cavalcante M, Costa A.
Año país	2017, Brasil
Objetivo general	Evaluar la cultura de seguridad en tres hospitales públicos. Método: estudio transversal realizado en tres hospitales públicos brasileños, desarrollado con profesionales de la salud aplicando el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (instrumento utilizado para evaluación de la cultura de seguridad)
Conclusiones	El nivel de cultura de seguridad encontrado se encuentra debajo de lo ideal. Las acciones administrativas son consideradas como el principal contribuyente para la fragilidad de la cultura, entretanto los profesionales se demostraron satisfechos con el trabajo. Para citar Cultura de seguridad es definida como el producto de valores, aptitudes, percepciones y competencias, grupales e individuales, que determinan un patrón de comportamiento y comprometimiento de seguridad de la institución, sustituyendo la culpa y la punición por la oportunidad de aprender con las fallas.
Citación	Carvalho R, Arruda L, Nascimento N, Sampaio R, Cavalcante M, Costa A. 2017. Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem. 2017 25:e2849.
7	
Titulo	Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente.
Autores	Rivas-Espinosa JG, Verde-Flota EEJ, Ramírez-Villegas RM, Guerra-Escamilla LM, Ramírez-Espinosa L.
Año país	2015, Mexico.
Objetivo general	Medir el nivel de cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente (MISP) que lleva a cabo el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención.

Conclusiones	<p>Según la semaforización, el nivel de cumplimiento en general se encuentra en color amarillo, por lo que se requiere reforzar la capacitación para la aplicación de las metas y asegurar una atención de calidad que pueda verse reflejada en la disminución de eventos adversos por los profesionales de enfermería.</p> <p>Para citar En concreto, las MISP se encargan de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar correctamente a los pacientes. 2. Mejorar la comunicación efectiva. 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. <p>Es importante señalar que las MISP son incorporadas a estándares internacionales y a estándares centrados en el paciente y están orientadas a la gestión para la certificación de hospitales; como antecedente, en nuestro país la Comisión Permanente de Enfermería implementó indicadores de calidad, con el objetivo de que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud. La seguridad del paciente es una prioridad a nivel nacional e internacional para asegurar una atención de calidad y disminuir la posibilidad de eventos adversos, por lo que se concluye que la aplicación del instrumento en hospitales de segundo y tercer nivel de atención es eficaz y eficiente para mantener una mejora en la atención hospitalaria.</p>
Citación	Rivas J, Verde E, Ramírez R, Guerra L, Ramírez L. 2015. Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. 2015;23(3):135-42
8	
Titulo	Reflexión crítica sobre el abordaje actual del evento adverso en Colombia
Autores	Palencia, Francisco.
Año país	2014, Colombia
Objetivo general	
Conclusiones	Los 7 pasos propuestos por la agencia de seguridad del paciente para incorporarlos al marco de referencia en Colombia:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción de una cultura de la seguridad. 2. Un liderazgo asertivo en la organización que soporte al equipo de trabajo. 3. Integrar a la actividad clínica el manejo del riesgo. 4. Promover el reporte. 5. Involucrar a los pacientes. 6. Aprender y compartir lecciones de seguridad. 7. Implementar soluciones para prevenir el daño. <p>Para citar</p> <p>Es por esto que se enfatiza en lo específico, como es tener presente que aunque la seguridad y salud en el trabajo tiene, como objeto al trabajador, no es lo mismo que la seguridad del paciente, a pesar que haya muchos puntos de confluencia entre ambas, pues como se ha mencionado en el estudio de la condiciones de trabajo de los profesionales de la salud y su efecto en la seguridad del paciente (2), un ambiente que garantice condiciones de salud y trabajo de calidad al trabajador de la salud, puede impactar de modo positivo en la seguridad del paciente.</p> <p>El conocimiento de la definición del evento adverso y del incidente adverso desde una perspectiva amplia es de crucial importancia para el profesional sanitario, involucrado de modo directo con la atención en salud, con el objeto de formar unos trabajadores que logren interiorizar una cultura de seguridad en el trabajo, y que como resultado brinden un cuidado de la salud más seguro.</p> <p>La resolución 2011020764 del 10 de junio de 2011 (Cuadro 1) hace referencia a las definiciones aceptadas en la legislación colombiana de un evento adverso, específicamente define en el artículo segundo (37): «Acontecimiento adverso: cualquier episodio médico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento, pero que no tiene relación causal necesaria con ese tratamiento. Aunque se observa coincidencia en el tiempo, no se sospecha que exista relación causal.</p> <p>ESTE ARTICULO ES DE COLOMBIA Y TIENE INFORMACION UTIL</p>
Citación	Palencia F. Reflexión crítica sobre el abordaje actual del evento adverso en Colombia. Revista Médica Risaralda 2014; 20 (1):34-40
9	
Titulo	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN MÉXICO
Autores	Meléndez C, Garza R, González JF, Castillo S, González S,

	Ruiz E.
Año país	2014 México
Objetivo general	Determinar las fortalezas y oportunidades de mejora hacia la cultura de la seguridad con que cuenta el personal de enfermería que labora en un hospital pediátrico de la ciudad de México.
Conclusiones	El personal de enfermería considera que las fortalezas con que se cuenta en el hospital son pocas y que faltan muchas cosas por mejorar para garantizar la seguridad del paciente.
Citación	Meléndez C, Garza R, González JF, Castillo S, González S, Ruiz E. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. Rev Cuid. 2014; 5(2):774-81.
10	
Título	Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social
Autores	Pérez, J. Jaramillo C., Olvera L., Burgos L., Pastrana A., González A., Delgado M., Márquez H., Real F.
Año País	2014, México
Objetivo general	Evaluar la percepción de cultura de seguridad del paciente.
Conclusiones	Pérez, J. Jaramillo C., Olvera L., Burgos L., Pastrana A., González A., Delgado M., Márquez H., Real F. 2014. Es fundamental analizar la información en este estudio, para poder observar dónde se encuentran los puntos débiles dentro de la cultura de seguridad del paciente y así poder planear e implementar programas con la finalidad de acercarse a cumplir los objetivos en materia de seguridad del paciente.
CITACION	2014. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Revista CONAMED, vol. 19, núm 2, abril-junio 2014, pags. 52-58.

4. SUPUESTO TEÓRICO.

Se percibe que no hay un buen conocimiento y grado e adherencia a la política de seguridad del paciente por parte de los colaboradores del Establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-CUCUTA, se ve reflejado en la actitud de los colaboradores hacia el programa y disminución de los eventos adversos prevenibles.

5. JUSTIFICACIÓN.

La directriz que impulso el programa de seguridad de paciente fue la Resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que fu adaptada por la Policía Nacional para la Dirección de Sanidad, con el propósito de prevenir y eliminar la ocurrencia de eventos adversos con buenas prácticas en seguridad y cumplir el objetivo de la política de seguridad del paciente; este trabajo pretende documentar el nivel conocimiento y grado de adherencia a la política de seguridad del paciente por parte de los colaboradores del Establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-CUCUTA en la actualidad la institución cuenta con un coordinador y comité de seguridad del paciente, hay la difusión de la política y directrices del programa, no se ha medido si el modelo pedagógico usado para el programa es el adecuado para motivar a los colaboradores, si el nivel de conociendo lo están aplicando y si se ve reflejado con los eventos adversos que ocurren.

Con los resultados de este trabajo los más beneficiados son los pacientes y sus familias así como la institución ya que se puede realizar los planes de mejoramiento que se necesitan por cada servicio y así poder no solo salvar vidas por los errores médicos, si no, también el ahorro de dinero que sería muy útil en el mejoramiento de servicios con más calidad y poder contratar más especialistas, tecnología, que apuntaría detectar con más rapidez la ubicación temprana de enfermedades y su tratamiento. Además dar a conocer los resultados a los colaboradores permite que cambien la actitud frente al programa, con la aplicación de la política guías y protocolos también se salvan vidas y de esta forma haya un acercamiento colaborador paciente para el mejoramiento continuo del programa.

Para la investigación se cuenta con el apoyo del director la clínica, así como con el recurso humano del área asistencia de la clínica, los miembros del comité de seguridad de paciente a cargo de la Jefe Sharon Cantillo facilitadora del programa seguridad del paciente.

Así mismo contamos con el respaldo de área de talento humano en su programa de capacitaciones en el cual se alineara con los resultados de la presente investigación, la jefatura administrativa por medio de la oficina de contratos provee los recursos para que se ejecute el proceso investigativo alineado a los contratos ya celebrados como son; papelería necesario para la recolección de la información.

6. OBJETIVOS.

6.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el cual es el nivel de conocimiento y grado de adherencia a la política de seguridad del paciente por parte de los colaboradores del Establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-Cúcuta

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los colaboradores sobre la política de seguridad del paciente.
- Evaluar la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente en el cuarto trimestre de 2018 del área de sanidad.
- Validar la adherencia en la ejecución de la política de seguridad del paciente.
- Verificar el modelo pedagógico aplicado a la política de seguridad del paciente.

7. MARCO TEÓRICO.

7.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL.

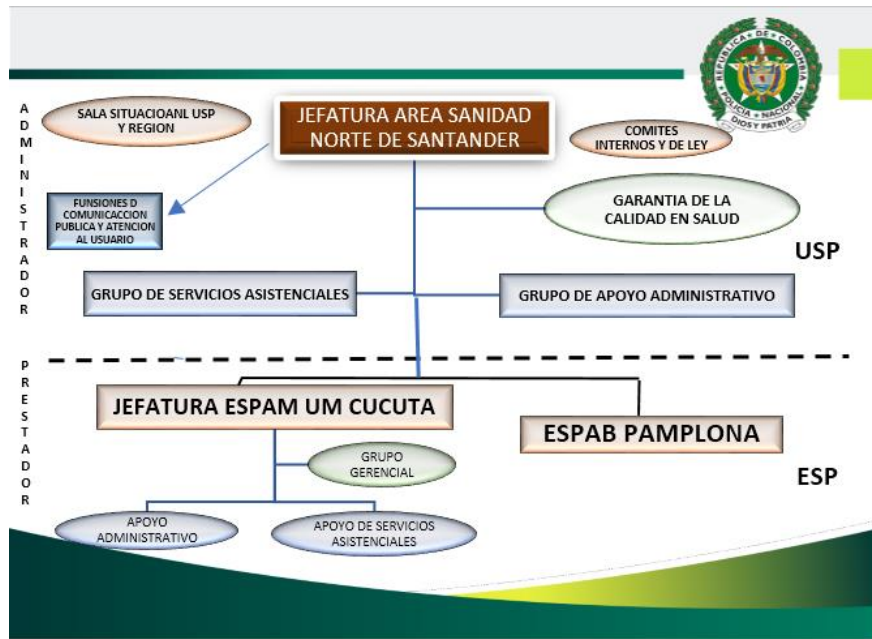


Ilustración 1 Jefatura área de sanidad. Tomado de: plan estratégico policía nacional



Ilustración 2 Área de sanidad. Tomado de: Resolución 3523 2009

POLITICA DE CALIDAD.

“La Dirección de Sanidad comprometida con el enfoque humanístico de la Policía Nacional, fomenta el mejoramiento continuo de sus procesos propendiendo por la excelencia en la prestación de los servicios de salud, satisfaciendo las necesidades de sus usuarios a través del modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo.”.

FUNDAMENTO LEGAL PARA ESTABLECER LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".
- Ley 352 de 1997 por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional".
- Ley 1438 de 2011. 'Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
- Decreto 6795 de 2000. "Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".
- Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, ('Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- Resolución No. 3523 del 05 de noviembre de 2009 de la Dirección General de la Policía Nacional, por la cual se define la estructura orgánica interna y se determinan las funciones de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional".
- Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social 'Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud'.
- Resolución 229 del 06 de junio de 2017 'Par la cual se actualiza la regionalización operativa y funcional, los establecimiento de sanidad, el portafolio de servicios de salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- Resolución 283 de 2017 por la cual se modifica parcialmente la Resolución N 3523 del 05 de noviembre de 2009 y se dictan unas disposiciones".
- Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015.
- Instructivo 002 de 2009 "Por el cual se implementa el proceso de autoevaluación e inscripción que deben cumplir los establecimiento de sanidad policial para habilitar sus servicios manejo y archivo de historias clínicas".

- Instructivo 033 de 23 abril de 2009 "Por el cual se implementa el proceso de autoevaluación de las atenciones en salud extramurales que deben cumplir las áreas de sanidad para habilitar estos se²rvicios".
- Instructivo 034 DISAN de 2012 "Pautas para la elaboración y adaptación de protocolos y guías de manejo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- Instructivo 014 de 2014. De Dirección de sanidad, "Por el cual se implementa el manejo y archivo de historias clínicas en los ESP"
- Acuerdo 040 de 2004 "Por el cual se organiza el Sistema de Gestión de la Calidad en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y se deroga el Acuerdo 023 del 27 de noviembre de 1997"

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Dirección de Sanidad siguiendo el enfoque humanístico de la Policía Nacional, está comprometida con el paciente, su familia, sus funcionarios y el medio ambiente; desde el gerenciamiento del sistema de calidad en salud, hasta la prestación de servicios de salud; en brindar una atención segura y eficiente, enmarcada en el mejoramiento continuo, promoviendo la cultura de Seguridad del Paciente, respaldada en el estudio y aprendizaje organizacional, orientada a identificar activamente los riesgos derivados de la atención en salud y su gestión, minimizando los incidentes y eventos adversos.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Los principios transversales es que orientan todas las acciones a implementar, en relación con la Seguridad del Paciente, como sigue:

- Enfoque de atención centrado en el usuario. Lo importante son los resultados obtenidos en el paciente y su seguridad, siendo este el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales y jefes de las unidades. Es deber de estos actores, facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La Política de Seguridad del Paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.³

² Resolución 3523 del 4 de Junio de 2009. "Por la cual se define la estructura orgánica interna y se determinan las funciones de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional"

³ Instructivo 009 Política y Programa de Seguridad del Paciente del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es sistémico y multicausal, en él deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.⁴
- Validez Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias, e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud. La Política de Seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La Dirección de Sanidad adopta "Los paquetes instruccionales versión 2,0 Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente" emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y las actualizaciones que ese Ministerio genere con posterioridad en lo relacionado con este tema:

PROCESOS INSTITUCIONALES

- Seguridad del paciente y la atención segura.
- Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. _Modelo Pedagógico.

PROCESOS ASISTENCIALES

- Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos - Prevenir úlceras por presión
- Asegurar la correcta Identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio - Reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares.
- Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.
- Reducir riesgo de la atención del paciente crítico.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental - Prevención de la malnutrición o desnutrición.

⁴ Instructivo 009 Política y Programa de Seguridad del Paciente del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

- Garantizar la atención segura de la gestante y el, recién nacido
- Atención de urgencias en población pediátrica
- Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria. - Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.

ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuida a los pacientes
- Prevenir el cansancio en el personal de salud .
- Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.

REFERENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE de los ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD POLICIAL.

El Jefe del Grupo de Servicios Asistenciales de cada Seccional y Área de Sanidad del país, designará un funcionario como Referente de Seguridad del paciente, en cada uno de los Establecimientos de Sanidad Policial de su jurisdicción, según la resolución vigente de regionalización de la Dirección de Sanidad. La implementación del Programa institucional de Seguridad del Paciente, será orientada por el referente de seguridad del paciente de cada Establecimiento de Sanidad Policial del ámbito nacional, cuyo perfil será el de un profesional de la salud.

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

a) EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Consiste en las sesiones de socialización bimestral que se realizarán en los ESP (baja, mediana y alta complejidad), respecto a los distintos temas de seguridad del paciente. Estarán dirigidas al personal asistencial y administrativo.

OBJETIVOS

- Socializar al personal de salud (asistencial y administrativo) los aspectos primordiales de la seguridad del paciente, que es transversal a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC), con el fin de contribuir a promover la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer los conocimientos relacionados con Seguridad del Paciente, entre los funcionarios.⁵

⁵ Instructivo 009 Política y Programa de Seguridad del Paciente del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

- Proporcionar a los funcionarios herramientas para la implementación de la Política institucional de Seguridad del Paciente.⁶
- Generar conocimientos frente a la identificación de riesgos en salud, su gestión y la construcción de barreras de seguridad, favoreciendo el aprendizaje organizacional en seguridad del paciente y la disminución de la ocurrencia de eventos adversos.

RESPONSABLE

Líder de seguridad del paciente con colaboración del responsable de Talento Humano de cada Seccional

Las temáticas en primera instancia se deben enfocar a la socialización de:

- La importancia del diligenciamiento del Consentimiento informado, empleando el formato controlado de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, dispuesto en la SUITE VISION EMPRESARIAL o Los protocolos/guías institucionales relacionados con seguridad del paciente y la atención en salud.
- Los paquetes instruccionales de seguridad del paciente vigentes del Ministerio de Salud
- La promoción de la cultura del reporte de los eventos adversos incidentes
- Metodologías para el análisis y gestión, en seguridad del paciente,
- Además, con posterioridad podrán abordarse otras temáticas orientadas a la promoción de la cultura de seguridad del paciente.
- El responsable de esta estrategia, también garantizará la inducción y socialización en Seguridad del Paciente, al personal nuevo que se contrate o llegue trasladado a la unidad de Sanidad.

FRECUENCIA

Cada dos meses, se realizarán las sesiones de educación en Seguridad del Paciente, en cada ESP (baja, mediana y alta complejidad) del ámbito nacional.

REPORTE Y SEGUIMIENTO

De cada una de las sesiones de educación en Seguridad del Paciente realizadas, deberá levantarse acta con la firma de los asistentes, la cual deberá reposar en el archivo documental de cada ESP; incluidas las socializaciones e inducciones que se realizan al personal nuevo que se contrata o llega trasladado a la unidad.

b) REPORTE Y GESTION DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS

⁶ Instructivo 009 Política y Programa de Seguridad del Paciente del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

El reporte de incidentes y eventos adversos, constituye herramienta de mejoramiento de calidad de la atención en salud, específicamente en la dimensión de seguridad de paciente que es transversal a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. El mecanismo de reporte permite estandarizar la información, facilitar el análisis, y contribuir a generar aprendizaje organizacional para la prevención de nuevos eventos adversos. Los reportes de eventos adversos pueden ser:

- Voluntario
- Puede ser anónimo
- No punitivo
- Confidencial

OBJETIVOS

- Favorecer y facilitar la implementación del sistema de reporte de los incidentes y eventos adversos.
- Generar una cultura de reporte voluntario de los eventos adversos e incidentes, no punitiva.
- Identificar los principales modos de falla, para establecer los correctivos y las barreras de seguridad.
- Evaluar, retroalimentar y propender por reducir los daños no intencionales a los pacientes, a través de la prevención y disminución de los errores en los procesos y en las personas.

RESPONSABLES

Los responsables de reportar la ocurrencia de los eventos adversos y/o incidentes, son todos los funcionarios (asistenciales, administrativos, etc.) de cada Establecimiento de Sanidad Policial a nivel país (baja, mediana y alta complejidad). Por lo anterior, quien conozca el caso deberá reportarlo en el menor tiempo posible una vez presentado los hechos (máximo 24 horas después); de igual forma podrán reportar los pacientes o sus familiares.

FRECUENCIA

El reporte del incidente o evento adverso, debe realizarse en el menor tiempo posible una vez conocido el caso (máximo 24 horas después); este reporte podrá ser realizado por cualquier funcionario del Establecimiento de Sanidad Policial (asistenciales, administrativos, logísticos, etc.) que conozca el caso. También los pacientes o sus familiares, podrán realizar el reporte.

c) COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los Jefes de las Áreas de Sanidad, Seccionales de Sanidad y el Director del hospital Central de la Policía Nacional, instaurarán e implementarán éste comité dirigido a

⁷promover la Cultura de Seguridad del Paciente en los ESP de su jurisdicción según regionalización, y estudiar los eventos adversos e incidentes que -se presenten en sus ESP, con el fin de generar acciones de mejora que prevengan la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, contribuyendo a mejorar la calidad de los servicios de salud del Subsistema de salud de la Policía Nacional. Por consiguiente, este Comité debe estar constituido por personal idóneo, con conocimiento en el tema y con poder de decisión.

OBJETIVO

El objetivo de este Comité es evaluar, retroalimentar y propender por reducir los incidentes y eventos adversos a través de la prevención y disminución de los errores, en los procesos y en las personas.

INTEGRANTES DE LAS SECCIONALES DE SANIDAD.

- Jefe de la Seccional de Sanidad
- Líder Grupo de servicios asistenciales *Líder Garantía de la calidad en Salud
- Líder seguridad del paciente.
- Jefe Grupo
- Administrativo y Financiero demás Jefes de ESP y/o de servicios, invitados según incidentes y/o eventos adversos presentados en el periodo, que aporten al análisis de casos particulares

FUNCIONES

El Comité de Seguridad del Paciente de las Áreas de Sanidad, Seccionales de Sanidad y Hospital Central, deberá:

- Sesionar una vez al mes, con el fin de estudiar el análisis de eventos adversos incidentes (metodología protocolo de Londres) y planes de mejoramiento, propuestos y allegados en el último mes por cada ESP de la jurisdicción, en que se hayan presentado incidentes o eventos adversos. Para el caso del Hospital Central se estudiarán los informes presentados por los servicios o departamentos del Establecimiento.
- Emitir informe de aprobación o solicitud de ajustes (al análisis y plan de mejoramiento), a los Jefes de los ESP de la jurisdicción (o Jefes de los servicios/departamentos del HOCEN), de acuerdo a los informes allegados de los eventos adversos o incidentes reportados en el último periodo (análisis de acuerdo con metodología del Protocolo de Londres y planes de mejoramiento).

⁷ Instructivo 009 Política y Programa de Seguridad del Paciente del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

- Sesionar de manera extraordinaria y en el menor tiempo posible después de presentarse un evento adverso centinela (ver anexo listado eventos centinela) en alguno de los ESP de la jurisdicción (en alguno de los servicios/departamentos para el caso del Hospital Central).
- Enviando comunicación oficial a Garantía de Calidad en Salud del nivel central de la Dirección de Sanidad informando el evento (máximo cinco días calendario posterior al evento); seguido de una auditoría de caso completa por Garantía de la Calidad en Salud de la unidad (Área de Sanidad, Seccional de Sanidad, u HOCEN), de la cual deberá presentarse informe al nivel central, antes de cumplidos los quince días (calendario) de ocurrido el evento, en la que además determine las causas que condujeron a la presentación del caso.
- Participar activamente en las actividades del Programa institucional de Seguridad del Paciente.
- Hacer seguimiento a los ESP de la jurisdicción, en la implementación de los lineamientos y estrategias emitidas por el nivel central, relacionadas con Seguridad del paciente.
- Estimular y promover el desarrollo de la Cultura de Seguridad del Paciente al interior de la institución.
- Con posterioridad, Garantía de Calidad en Salud del Área de Sanidad (Seccional de Sanidad/ deberá hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento de los ESP de su jurisdicción, de acuerdo a los eventos adversos e incidentes reportados por los ESP al presente Comité, mediante.
- Medición del cumplimiento de las acciones de mejora planteadas en el plan.
- Verificación de los soportes que evidencien el desarrollo de cada una de las acciones.
- Revisión del impacto alcanzado con el plan de mejoramiento, y estudio de la viabilidad de dar cierre al mismo, una vez cumplidas las acciones.
- Igualmente, Garantía de la Calidad en Salud del HOCEN, deberá hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento, de acuerdo a los eventos adversos e incidentes reportados por los departamentos o servicios a dicho Comité.

PERIODICIDAD

El comité de seguridad del paciente sesionará con una periodicidad mensual. Y de manera extraordinaria al presentarse un evento adverso centinela (ver listado anexo) en alguno de los ESP de su jurisdicción.

REPORTE Y SEGUIMIENTO

En la primera sesión del Comité de Seguridad del Paciente (Área de Sanidad, Seccional de Sanidad y Hospital Central) deberá levantarse acta de conformación, en la que se especifique: profesión, cargo y firma de cada uno de los integrantes del

⁸mencionado Comité, así mismo cronograma de las sesiones de trabajo, y lugar de reunión. Estos funcionarios deberán asistir a todas las sesiones del Comité de Seguridad del Paciente, con el fin de garantizar el enfoque interdisciplinario, en el análisis de los casos y la continuidad del proceso, De cada reunión deberá dejarse constancia mediante acta, que deberá reposar en el archivo documental del ESP.

7.2 REFERENTE TEÓRICO.

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Las instituciones deben adoptar una política de seguridad inmersa en la política de calidad. Los lineamientos de la política de seguridad del paciente son:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos
- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo
- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir⁹
- La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos.¹⁰

⁸ Guía Técnica Buenas Practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0.

⁹ Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA.

Los principios transversales que orienten todas las acciones a implementar son:

- Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.¹¹
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Homologar la terminología a utilizar en el país.

¹⁰ Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

¹¹ Guía Técnica Buenas Practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0.

- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

ACCIONES INSTITUCIONALES QUE PROPENDEN POR ESTABLECER LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, y mediante el despliegue de herramientas prácticas. A continuación se hace un breve recuento de algunos de las herramientas prácticas comunes a los principales programas de seguridad del paciente en el mundo:

- a) POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:
- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
 - Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
 - Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
 - Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente
 - Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas.
 - La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
 - Garantizar la confidencialidad de los análisis.
 - Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
 - Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
 - Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
 - Como se va construye una alianza con al paciente y su familia.
 - Como se integra con los procesos asistenciales.

- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.¹²

b) METODOLOGÍAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA CON LO CUAL SE PRESENTAN LOS EVENTOS ADVERSOS

Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.

c) PROCESOS PARA LA DETECCIÓN DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado. Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso. Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de los reportados, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extrainstitucionales.

d) METODOLOGÍAS PARA EL ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda. Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

¹² Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

Metodologías para este propósito son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla u otros.¹³

e) ESTRATEGIAS PARA PROFUNDIZAR LA CULTURA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

- La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
- El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
- La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
- La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
- El énfasis en los resultados que se obtienen antes que en las acciones formales que se desarrollan.

f) PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE.

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales, extractamos las siguientes recomendaciones:

- Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
- Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y no acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado hacia:

- No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuando.
- Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
- Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
- Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

¹³ Guía Técnica Buenas Practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0.

- Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
- Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA.

ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes. La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos. La guía considera no solo el estado del arte científico para el diagnóstico y tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería y de instrumentación quirúrgica. Para el diseño y desarrollo de las guías de práctica clínica la organización debe tener en cuenta las patologías más frecuentes en cada servicio. Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación. En ese propósito, debido a que frecuentemente las guías de práctica clínica son documentos voluminosos que pocos consultan, una estrategia que ha demostrado efectividad es convertirlas en listas de chequeo. De esta manera, una guía de manejo de decenas de páginas, se convierte en solo una, con algunos ítems, que es fácilmente verificable. En esta lista de chequeo se deben incluir aquellos ítems que los profesionales catalogan como infaltables en la guía.

EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Entre las actividades educativas que se pueden realizar diariamente están:

- Las sesiones breves de seguridad. Se presentan cuando el líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de turno, en un comité, en una revista diaria, etc para suministrar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, se recuerdan los cinco momentos del lavado de manos, o la manera correcta de

identificar un paciente, o la manera correcta de comunicarse con otro profesional de la salud alrededor de las órdenes médicas, etc.¹⁴

- Folletos. Son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los pacientes. Recuerda al lector sobre las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.

¹⁴ Guía Técnica Buenas Practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0.

8. DISEÑO METODOLÓGICO.

8.1 ENFOQUE.

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, ya que se realizara una verificación para evaluar el conocimiento y grado de adherencia a la política de seguridad del paciente y los datos recolectados se tabularan para la obtención de resultados estadísticos según los criterios evaluados.

8.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Este estudio es de tipo descriptivo, debido a que se observan y analizan los parámetros de evaluación de adherencia y conociendo de la política de seguridad del paciente en el Establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-CUCUTA; además porque se explica de forma detallada los criterios que se cumplen en cuanto a la adherencia a la política de seguridad del paciente.

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental debido a que se observa una situación que ya existe en la institución y los datos no se manipulan; es de corte transversal ya que la recolección de los datos es un solo tiempo, el análisis es en un determinado tiempo, permitiendo una imagen estática del nivel de conocimiento y adherencia a la política de seguridad del paciente en el Establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-CUCUTA.

8.3 POBLACIÓN.

La población de nuestra investigación corresponde al profesional médico, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, bacteriólogas, fisioterapeutas, auxiliares de laboratorio, que corresponde a 40 Colaboradores.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todo el personal de salud perteneciente a la policía nacional y los contratistas del área de consulta externa, laboratorio, prioritaria y fisioterapia

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

El profesional de salud que lleve menos de 3 meses laborando.

8.6 MUESTRA

La muestra de nuestra investigación corresponde a médicos 16, bacteriólogas 5, fisioterapeutas 8, enfermeras 5, auxiliar de enfermería 6, que corresponde a 40 colaboradores.

8.7 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

- **Fuente de recolección de la información:** los datos que nos permiten identificar el nivel de conocimiento y grado de adherencia a la política de seguridad del paciente del Establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-CUCUTA, se obtienen mediante la verificación de cumplimiento de la socialización y método de enseñanza, implementación de la política, registro y reporte de eventos adversos, adherencia a las guías de práctica clínica, planes de mejoramiento de los eventos adversos, evaluación de los resultados, encuestas al profesional de salud, del área asistencial.
- **Instrumento de recolección de la información:** para la recolección de los datos se usara una lista de chequeo para verificar la frecuencia de eventos adversos, así como una encuesta a los colaboradores para evaluar el nivel de conocimiento y validar la adherencia a la política de seguridad de paciente. La recolección de la información se realizara en el cuarto trimestre del año 2018.
- **Obtención y Análisis de la información:** la información será obtenida de los registros de comité de seguridad del paciente, las encuestas y listas de chequeo serán aplicadas por los investigadores.

9. ASPECTOS ÉTICOS.

Este trabajo se realizó de acuerdo a los principios éticos de una investigación como el respeto hacia las opiniones de los participantes donde prima la confidencialidad de la información que se receptó, y la responsabilidad en el manejo de la misma al momento de presentar resultados. Esta investigación parte de dar la información a la muestra seleccionada para este proyecto donde se destaca el derecho que tiene o no de participar, o renunciar al manejo de la información recolectada. Además se especificó el uso y fin de la información a recolectar en los instrumentos, y se solicitó autorización al área de sanidad de la Policía de Norte de Santander que se encuentra bajo la dirección del establecimiento de salud de mediana complejidad unidad médica ESPAM – UM Cúcuta.

11. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

11.1 RESULTADOS DE LA LISTA DE CHEQUEO REALIZADA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL ESPAM-CUCUTA.

VARIABLES	CUMPLE	NO CUMPLE
Existencia de la política	100%	0
Divulgación de la política	100%	0
Métodos pedagógicos	100%	0
Referente o líder del programa.	100%	0
Conformación del comité de seguridad del paciente.	100%	0
Plan anual de capacitación	0	100%
Procedimientos documentados	100%	0
Identificación de los riesgos	100%	0
Acciones preventivas	100%	0
Evaluación de adherencia	100%	0
Sistema para el reporte de EA	100%	0

Tabla 1 Resultados de lista de chequeo

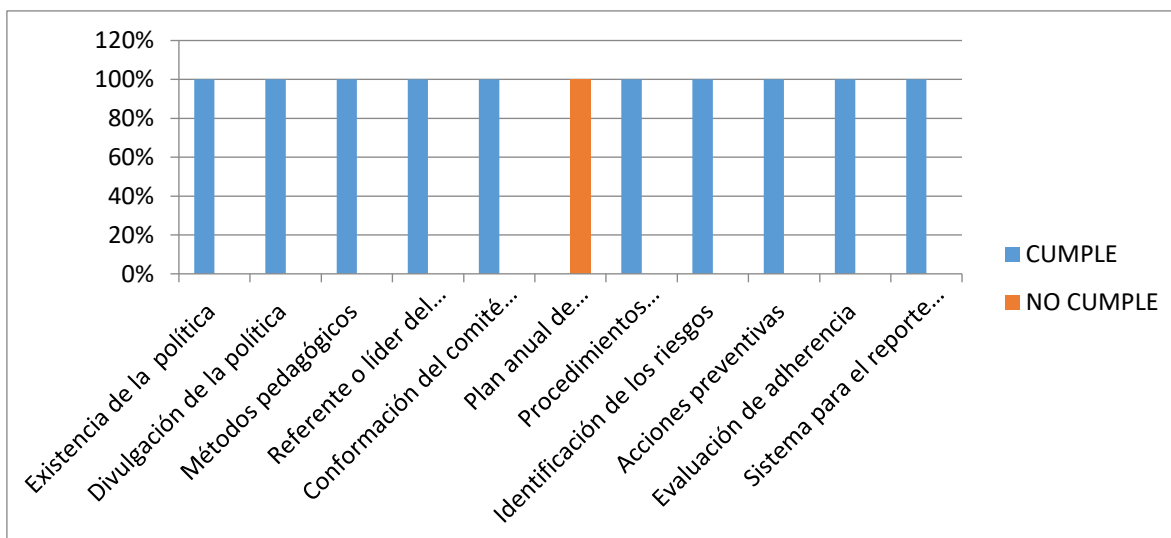


Ilustración 3 Resultados de lista de chequeo

Se pudo identificar que el programa de seguridad del paciente del ESPAM-CUCUTA está estructurado de acuerdo a la normatividad colombiana.

Cuenta con una política donde la cabeza de institución se compromete a cumplir con los lineamientos en pro de la seguridad del paciente, así como los objetivos para el cumplimiento de la política, indicadores de medición mensual, semestral y anual. En cuanto a la divulgación de la política esta se hace desde la página web de la Policía Nacional es de cumplimiento nacional para las clínicas pertenecientes a la institución, se divulga internamente en el sistema de intranet (POLIRED), correo institucional, cartelera informativa, capacitaciones, inducción y re inducción.

Se evidencia el uso de los modelos pedagógicos magistral en las actividades de socialización a los colaboradores sobre el programa de seguridad del paciente por ser una institución de régimen especial y jerarquizado.

La institución cuenta con personal exclusivo para el direccionamiento del programa de seguridad del paciente a cargo de una profesional en enfermería, donde se evidencia acto administrativo orden interna 147/38.1 del 28 de septiembre 2018, donde garantiza la formulación de objetivos, autoriza el nombramiento del personal que integra los diferentes comités de ley que son de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud y teniendo en cuenta que los comités son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos o temas de importancia, en el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la colocación en marcha de acciones correctivas o preventivas de manera mensual y permanente por parte del personal profesional asistencial que labora en el área de sanidad de Norte de Santander, como el comité de seguridad del paciente y que se rige de la siguiente forma;

11.2 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS COLABORADORES DEL ESPAM-CUCUTA.

VARIABLES	SI	NO
Conocimiento de las guías de práctica clínica, protocolos y procedimiento de su servicio	40	0
Conocimiento de la política.	40	0
Conocimiento de las barreras de seguridad	40	0
Conocimiento del protocolo de identificación, análisis I y EA	40	0

Divulgación de la política.	40	0
Identificación los EA	40	0
Líder del programa	36	4
Sistema de reporte de EA	40	0

Tabla 2 Resultados de encuesta variables 1 a 8.

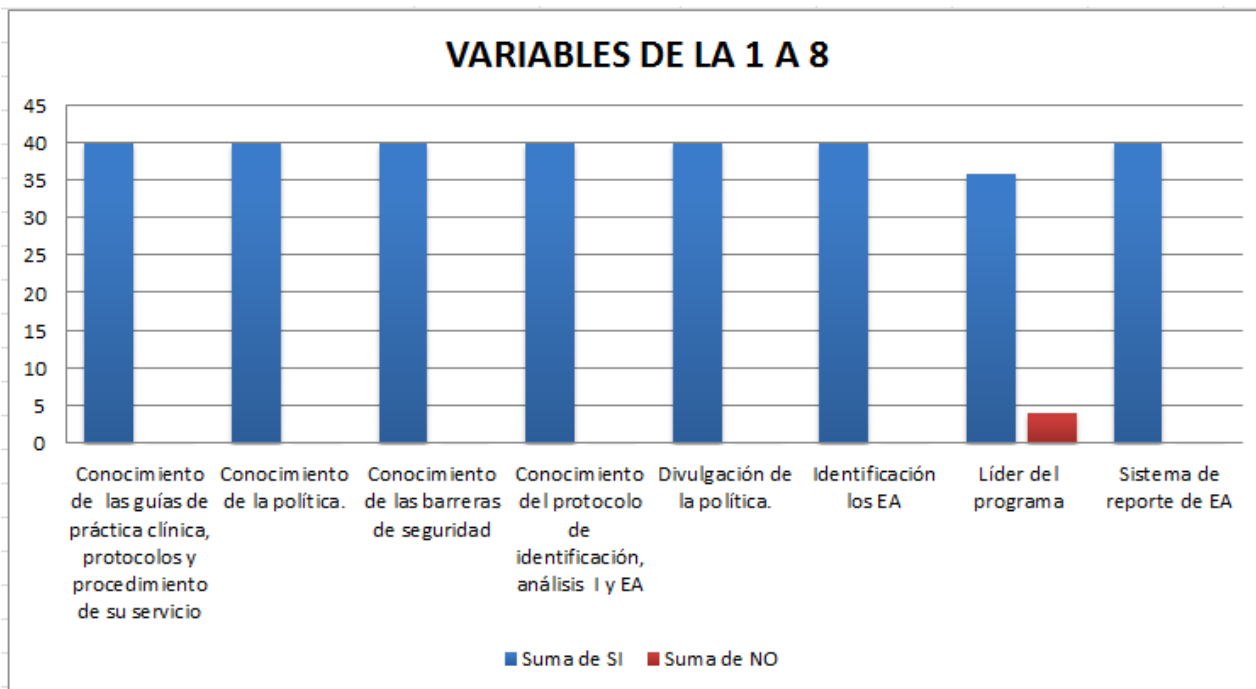


Ilustración 4 Resultados de encuesta variables 1 a 8.

Las encuestas fueron aplicadas a 40 colaboradores del ESPAM-CUCUTA en su orden a médicos 16, bacteriólogas 5, fisioterapeutas 8, enfermeras 5, auxiliar de enfermería 6, los cuales afirman tener una respuesta afirmativa de conocer al 100% los siguientes temas: conocimiento y divulgación de la política de seguridad del paciente, sistema de reporte e identificación de eventos adversos, conocimiento de las barreras de seguridad, protocolo de identificación y análisis de incidentes y eventos adversos, Conocimiento de las guías de práctica clínica, protocolos y procedimiento de su servicio. En cuanto a la pregunta el líder del programa, el porcentaje de respuestas favorables es de 90% y negativa de 10% de los colaboradores considera que el líder definitivamente no informa de los eventos adversos junto con las medidas de mejora en los servicios.

VARIABLES	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	TOTAL
Corrección de los errores antes de afectar al paciente.	4	0	2	34	40
Reporte de errores que no tienen potencial de daño al paciente.	0	0	0	40	40
Reporte de errores que tienen potencial de daño al paciente.	1	0	0	39	40

Tabla 3 Resultados de encuesta variables 9 a 11.

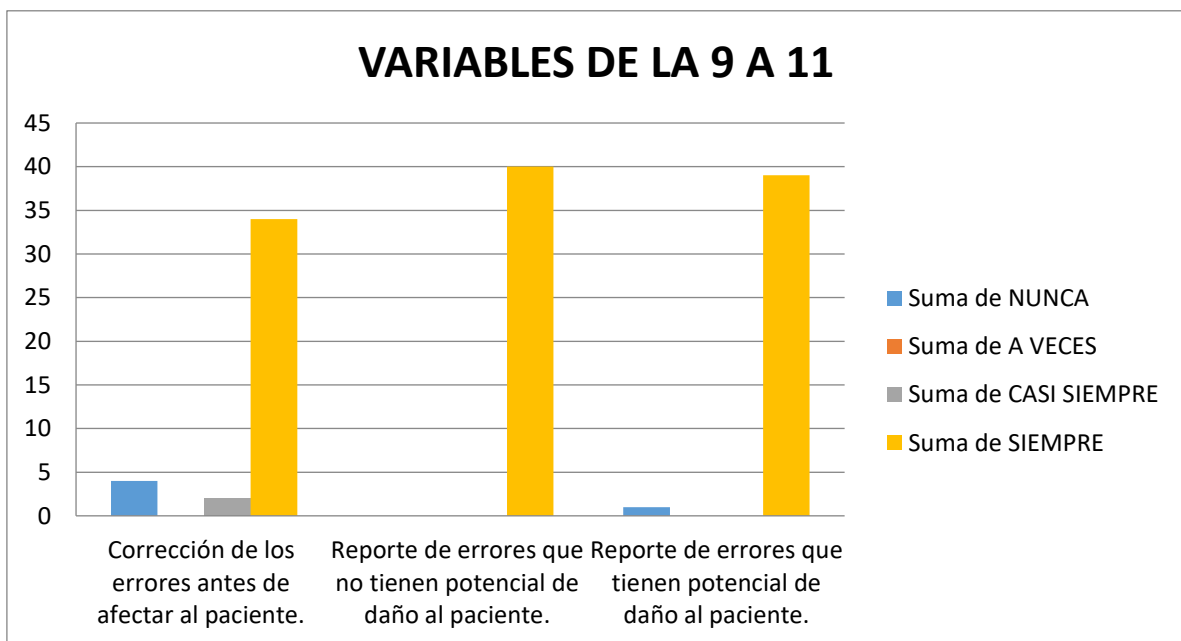


Ilustración 5 Resultados de encuesta variables 9 a 11.

Las variables del reporte de errores que no tienen potencial de daño al paciente el 100% lo hace; en cuanto a la corrección de errores antes de afectar al paciente el 85% siempre los corrige, el 5% casi siempre y nunca el 10%; la pregunta si reporta los errores que tienen potencial daño al paciente el 97.5% siempre lo hace y 2.5% nunca lo hace. Se identifica con estas respuestas negativas hay un potencial riesgo para el paciente con las actividades que realizan estos colaboradores.

VARIABLE	NINGUNA	UNO	DOS	MAS REPORTES	TOTAL
Reportes de incidentes o eventos adversos	28	6	4	2	40

Tabla 4 Resultados de la encuesta variable 12

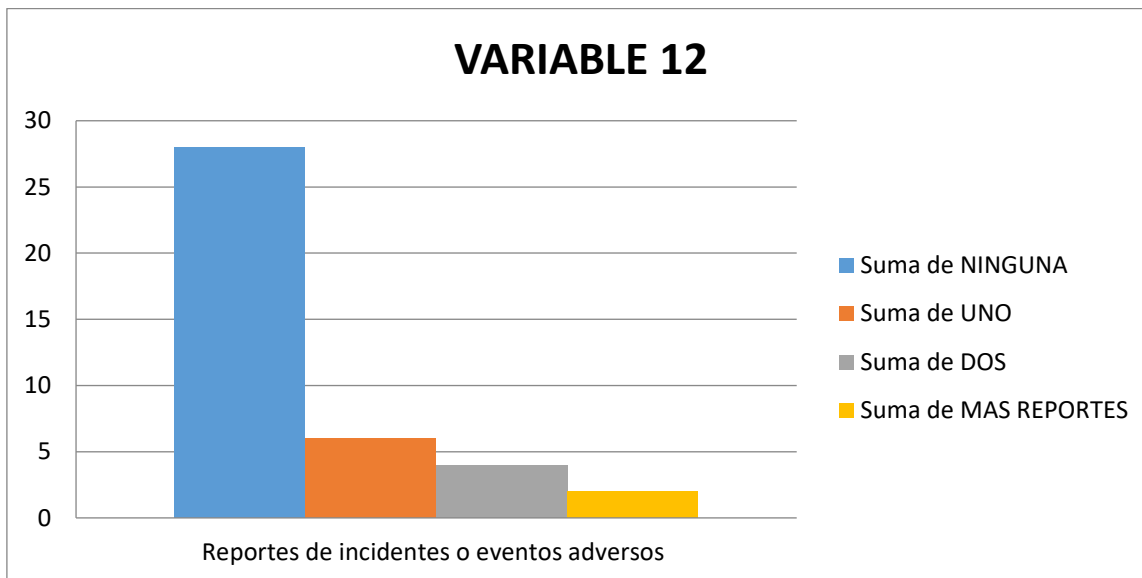


Ilustración 6 Resultados de la encuesta variable 12

El reporte de los incidentes o eventos adversos el 70% nunca ha realizado reporte, 15% ha realizado por lo menos 1, 10% lo realizado por lo menos dos veces y el 5% ha hecho más de 2. Se evidencia quizás un temor al realizar el reporte por las repercusiones en su trabajo.

FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

La frecuencia de eventos adversos presentados durante el cuarto trimestre de año 2018 en el Área de Sanidad Norte de Santander fueron 20, discriminados así:

N° de Eventos Adversos	Mes de Reporte
9	Octubre
7	Noviembre
4	Diciembre

Tabla 5 Numero de Eventos adversos Cuarto trimestre 2018.

En comparación con el año anterior se evidencia que ha disminuido gradualmente los eventos adversos, asimismo este trimestre demostró que a través de los planes de mejoramiento realizados en los servicios donde ocurrieron los eventos adverso, se realizaban mayores acciones de chequeo, control y seguimiento por parte de los líderes de los servicios y la líder de seguridad del paciente, para que no fueran reiterativos estos sucesos.

Cabe resaltar que el apoyo brindado por parte del Jefe de Área de Sanidad fue fundamental para realizar las socializaciones y recolección de la información de todos los eventos.

El monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente estuvo dirigido por la Líder del programa y por parte de nosotros como investigadores, con el fin de evidenciar en qué casos fue necesario cambiar la estrategia pedagógica implementada la cual es magistral, en la cual se socializa la política, las diferentes guías, protocolos, normas técnicas infraestructura, contaba con el apoyo de profesionales idóneos según el tema en cuestión, para lograr que efectivamente no ocurrieran casos reiterativos, sin embargo se evidencio que en algunas ocasiones con la rotación de personal se tenía mayor exposición a ocurrencia de los mismos.

12. CONCLUSIONES.

Este estudio nos permitió identificar las principales fortalezas y debilidades en el establecimiento de Sanidad de Mediana Complejidad sin internación ESPAM-CUCUTA, en cuanto al conocimiento y el grado de adherencia a la política.

- En cuanto al nivel conocimiento se evidencia con la herramienta aplicada que el 100% del personal encuestado conoce la Política de Seguridad del Paciente, así mismo se tiene un alto grado de adherencia a la Política de Seguridad del Paciente porque en los tres ítems evaluados del reporte en más del 90% de los casos lo realizaron, generando un ambiente más seguro para los usuarios del Subsistema de Salud de Sanidad Policial.
- Con la aplicación de la lista de chequeo se evidencia que a nivel estructural cumple parcialmente con lo que exige la norma para el funcionamiento del programa de seguridad del paciente, reporte y análisis de eventos adversos.
- Durante el cuarto trimestre del 2018 en el ESPAM UM - Cúcuta, se presentaron 20 eventos adversos, encontrándose mayor número de eventos el mes de octubre, sin embargo estos fueron disminuyendo a medida que fue implementado el plan de mejoramiento.
- Como fortaleza cuenta con un profesional encargado exclusivamente del programa como referente y acompañamiento de los procesos donde se hace identificación, análisis y planes de mejora continua, al igual está conformado el comité como apoyo y fortalecimiento de las actividades del programa.
- El ESPAM UM Cúcuta mantiene actualizados las guías, protocolos y procedimientos que son un apoyo fundamental a los profesionales en el momento de ejercer sus labores, disminuyendo la ocurrencia de eventos adversos.
- El modelo pedagógico aplicado a la Política de Seguridad del Paciente es magistral, aunque ha funcionado asertivamente en el personal profesional, sería importante innovar nuevas técnicas para conseguir interiorizar las directrices y darle la aplicabilidad.

13.RECOMENDACIONES.

- Para el líder de seguridad del paciente se sugiere realizar un plan anual de capacitaciones exclusivo para el programa, el cual deberá estar avalada mediante orden interna, con fechas establecidas mediante cronograma con temas específicos, para lograr aumentar la adherencia a Política de seguridad del paciente por parte de los colaboradores del ESPAM-CUCUTA.
- A los colaboradores incentivarlos sobre la importancia de reportar los incidentes y eventos adversos, esto no trae consecuencias para la hoja de vida, por lo contrario es de gran ayuda para la mejora continua del programa, en atención a que se evidenció que un 70% no ha realizado nunca un reporte.

14. GLOSARIO.

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).
- **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).
- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

- **PACIENTE:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- **ESPAM – UM Cúcuta:** establecimiento de salud de mediana complejidad-unidad médica.
- **BARRERA DE SEGURIDAD:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **CULTURA DE SEGURIDAD:** Se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes.
- **ERROR:** (en salud) Un error de la atención en salud, es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una mala práctica o imprudencia. Es todo acto que no corresponda con el real problema de salud del paciente.
- **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La formulación de una política sobre seguridad del paciente conlleva algunas características clave como son el compromiso formal y explícito del equipo directivos de la institución, que se encuentre articulada con la plataforma estratégica institucional y que se constituya en el primer paso hacia la construcción de una cultura de seguridad.
- **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Herramienta institucional que permita incentivar la cultura de seguridad del paciente, trabajar 15 proactivamente en la prevención y detección de fallas para brindar una atención en salud segura.

15. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Técnica Buenas Practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf.
2. Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Promoción de la cultura de seguridad del Paciente. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
4. Policía Nacional. 2017. Instructivo 009 Política y Programa de Seguridad del Paciente del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
5. Policía Nacional. 2009. Resolución 3523 del 4 de Junio de 2009 “Por la cual se define la estructura orgánica interna y se determinan las funciones de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional”
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00002003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
7. Gómez O., Arenas W., González L., Garzón J., Mateus E. , Soto A. 2011. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería XVII (3): 97-111, 2011ISSN 0717-2079

8. Aranaz J.M., y Moya C. 2011 Seguridad del paciente y calidad asistencial. Revista Calidad Asistencial. 2011; 26(6):331---332. Publicado por Elsevier España
9. Estepa M., Moyano M., Pérez C., Montero R. 2016 Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm Nefrol 2016: Enero-Marzo: 19 (1) 63/75
10. Mena, P. 2008. Error médico y eventos adversos. Revista Chilena Pediatría Mayo- Junio 2008; 79 (3): 319-326
11. Martínez Á., Hueso C., Gálvez M. 2010. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Revista Latino-Americana Enfermagem. May-jun 18 (3) Pg 42-49
12. Carvalho R, Arruda L, Nascimento N, Sampaio R, Cavalcante M, Costa A. 2017. Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem. 2017 25:e2849.
13. Rivas J, Verde E, Ramírez R, Guerra L, Ramírez L. 2015. Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. 2015;23(3):135-42
14. Palencia F. Reflexión crítica sobre el abordaje actual del evento adverso en Colombia. Revista Médica Risaralda 2014; 20 (1):34-40
15. Meléndez C, Garza R, González JF, Castillo S, González S, Ruiz E. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. Rev Cuid. 2014; 5(2):774-81.
16. 2014. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Revista CONAMED, vol. 19, núm 2, abril-junio 2014, pags. 52-58.

ANEXO 1.

LISTA DE CHEQUEO.

LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR LA ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
CRITERIO		CUMPLE	NO CUMPLE
1.	<p>La institución cuenta con una política de seguridad de la paciente formulada documentada y aprobada por la alta dirección.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Objetivos formulados y como logra el cumplimiento de estos.• Como se mide el cumplimiento de la política.• La política está firmada por la alta dirección y publicada en la página web de la institución así como en los puestos de trabajo.		
2.	<p>La política de seguridad del paciente ha sido divulgada a todos los niveles de la institución, donde se detallen los compromisos para garantizar el cumplimiento del programa.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acta y lista de asistencia de la divulgación de la política de seguridad del paciente.• Evaluación sobre la comprensión de la política.• Actas de los procesos de inducción y reinducción sobre la política de seguridad del paciente, con su respectiva evaluación al colaborador.		
3.	<p>Con respecto a la sensibilización de la importancia de la política de seguridad del paciente ¿cuál o cuáles son los métodos pedagógicos usados en la institución?</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Soporte de las capacitaciones, socializaciones o cualquier otra actividad relacionada con seguridad del paciente donde se evidencie los mecanismos de		

	enseñanza y evaluación a los colaboradores.		
4.	<p>El programa cuenta con un referente o líder del programa.</p> <p>Evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acto administrativo de asignación del referente o líder del programa. • Dentro de la función del referente o líder cumple las siguientes: da a entender la prioridad del programa, formula los objetivos y metas de acuerdo con la política, garantiza que todos los colaboradores conozcan y apliquen la política, pruebe la cultura de seguridad del paciente. • Base de datos con los eventos adversos presentados que contenga: colaborador que identifico, falla en la atención en salud, fecha de presentación, factores contributivos, incidente o evento adverso, plan de mejoramiento. 		
5.	<p>Conformación del comité de seguridad del paciente.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acto administrativo de la conformación del comité de seguridad del paciente. • Dentro de las funciones del comité cumple las siguientes funciones: identifica y analiza los eventos adversos, manejo y retroalimentación a los colaboradores de la institución, así como el apoyo de la implementación de acciones correctivas. • Cronograma y actas de reuniones. • El comité conoce el procedimiento para el análisis de causa-efecto. • Base de datos de eventos adversos identificados y analizados por el comité junto con el plan de mejoramiento. 		
6.	<p>Plan anual de capacitación de seguridad del paciente.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan anual de capacitaciones incluye en su temática: 		

	<p>que es la política, riesgos de la atención en salud, sistema de reporte de eventos adversos, metodología de análisis de los incidentes y eventos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias pedagógicas usadas, así como material educativo. • Indicadores donde se evalué los colaboradores capacitados, así como los resultados de las evaluaciones aplicadas. • Evidencia de las evaluaciones aplicadas sobre el conocimiento vs las estadísticas de la adherencia del personal para el cumplimiento de la política. 		
7.	<p>Procedimientos documentados para la adopción de guías práctica clínica, protocolos y procedimientos.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialización de las guías práctica clínica, protocolos y procedimientos durante los procesos de inducción y reinducción. • Evaluación de la socialización y cumplimiento de las guías práctica clínica, protocolos y procedimientos 		
8.	<p>Identificación de los riesgos del paciente que se puedan presentar en cada servicio.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cada servicio una guía donde evidencie acciones inseguras, causas o factores que contribuyan a que se presenten estas fallas, las barreras de seguridad para eliminar las causas. • Frecuencia de los eventos adversos por cada servicio 		
9.	<p>Definición de acciones preventivas para intervenir en los riesgos potenciales identificados y la forma de prevenir eventos adversos.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de acciones preventivas. 		
10.	<p>La institución realiza una evaluación de adherencia a la política de seguridad del paciente en forma semestral.</p> <p>Evidencias:</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones con su respectiva calificación • Identificar si los modelos pedagógicos usados en los colaboradores con bajas calificaciones no es el adecuado para ellos. • Intervenir en los colaboradores o servicios con las más bajas calificaciones. 		
11.	<p>Sistema para el reporte de eventos adversos.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de reporte de eventos adversos socializado, evaluado y en cada servicio. • Soportes físicos de los eventos adversos reportados por servicio. • Indicadores de eventos adversos identificados, vigilancia, plan de mejoramiento. 		

ANEXO 2
ENCUESTA PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL SOBRE LA POLÍTICA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1. ¿Conoce la política de seguridad del paciente?

SI___ **NO**___

2. ¿La política de seguridad ha sido divulgada en la institución?

SI___ **NO**___

3. ¿Conoce el sistema de reporte de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente?

SI___ **NO**___

4. ¿Considera que cuenta con el conocimiento y medios de trabajo para identificar los eventos adversos?

SI___ **NO**___

5. ¿El líder del programa les informa de eventos adversos que se han identificado en el servicio y las medidas de mejora?

SI___ **NO**___

6. ¿Conoce las barreras de seguridad que se utilizan en la institución para evitar la ocurrencia de eventos adversos?

SI___ **NO**___

7. ¿Conoce el protocolo de identificación, análisis de los incidentes y eventos adversos y la implementación de los planes de mejora?

SI___ **NO**___

8. ¿Conoce las guías de práctica clínica, protocolos y procedimiento de su servicio?

SI____

NO____

9. ¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?

- a) Nunca
- b) a veces
- c) casi siempre
- d) Siempre

10. ¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?

- a) Nunca
- b) a veces
- c) casi siempre
- d) Siempre

11. ¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?

- a) Nunca
- b) a veces
- c) casi siempre
- d) Siempre

12. ¿Cuántos reportes de incidentes o eventos adversos producto de la atención insegura ha reportado?
